

200 18 384 IV
LOU/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Juni 2019

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. April 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2015 unter Hinweis auf einen Arbeitsunfall von November 2014 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 5). In der Folge führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Erhebungen durch, insbesondere holte sie die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva; act. II 9.1 ff., 21.1 ff., 27.1 ff., 40.1, 49.1 ff.) und Berichte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 47 f.) ein. Mit Vorbescheid vom 30. März 2017 stellte die IVB die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 18 % in Aussicht (act. II 50). Damit zeigte sich der Versicherte mit Einwand vom 24. April 2017 nicht einverstanden (act. II 52). Nachdem die IVB mit dem RAD Rücksprache genommen hatte (Stellungnahme vom 28. April 2017; act. II 56 S. 2 f.), stellte sie mit neuem Vorbescheid vom 26. September 2017 bei einem nunmehr ermittelten Invaliditätsgrad von 21 % wiederum die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 62). Nach Einwand des Versicherten (act. II 64, 68) und erneuten Rücksprachen mit dem RAD (act. II 70 f.) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 17. April 2018 einen Rentenanspruch (act. II 72).

B.

Mit Eingabe vom 15. Mai 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____, Beschwerde. Er beantragt, es sei die angefochtene Verfügung vom 17. April 2018 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. Eventualiter seien die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Anspruch, seit wann rechts, auf eine Invalidenrente festzustellen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. April 2018 (act. II 72). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV und in diesem Zusammenhang vorab die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik C. _____ vom 29. April 2015 (act. II 9.2 S. 11-14) wurden bezüglich des Unfalls vom 24. November 2014 als Diagnosen eine traumatische Hirnverletzung mit/bei undislozierter Schädelkalottenfraktur bis ins Felsenbein ziehend, Subduralhämatom beidseits, intrazerebralem Hämatom links okzipital mit begleitender Subarachnoidalblutung, zwei Rissquetschwunden okzipital rechts, leichter bis mittelschwerer kognitiver Störung mit im Vordergrund stehender psychomotorischer Verlangsamung, Defiziten im verbal-episodischen Gedächtnis und den exekutiven Teilfunktionen sowie verminderten visuokonstruktiven Fähigkeiten nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10 F07.8) bei vorbestehenden kognitiven Schwächen (tiefes Bildungsniveau), ein Thoraxtrauma mit/bei minimalem Pneumothorax apikal rechts, Lungenkontusion beidseits, undislozierten Rippenfrakturen, Fraktur processus transversus 1-8 und eine Luxation Endglied Dig. I Hand links (rechtsdominant) genannt. Eine psychische Störung wurde nicht erhoben (S. 11). Für die berufliche Tätigkeit als ... attestierten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik ab 30. April 2015 eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit und empfahlen einen gestaffelten Wiedereinstieg mit ganztägiger Präsenz bei reduzierter Leistung. Die Arbeitsschwere solle nicht über das Niveau „mittelschwer“ hinausgehen. Mittelschwere Arbeit sei ganztags zumutbar (S. 12).

3.1.2 Am 4. November 2015 diagnostizierten die Untersuchenden des Spitals D. _____ ein Schädel-Hirn-Trauma am 24. November 2014 mit/bei Subduralhämatom beidseits, intrazerebralem Hämatom links okzipital und begleitender Subarachnoidalblutung, multifaktoriell bedingter Kopfschmerz, Beinschwäche und Gleichgewichtsstörung unklarer Genese, reaktiver depressiver Episode bei psychosozialer Belastung (Krankheitsverarbeitung), leichte kognitive Hirnfunktionsstörungen (Störungen exekutiver Funktionen und Verlangsamung; act. II 21.2 S. 5). Im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen bestünden unter Berücksichtigung des tiefen prämorbidem Niveaus mit einem Intelligenzquotient (IQ) von 78

noch leichte Einschränkungen in Teilbereichen der Exekutivfunktionen sowie bezüglich Verarbeitungsgeschwindigkeit. Klinisch zeigten sich eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine schwere depressive Symptomatik. Aus rein neurokognitiver Sicht sei aufgrund der leichten Verlangsamung unter der Annahme einer einfachen Routinetätigkeit quantitativ von einer 20 %-igen Leistungsminderung auszugehen. Die beklagte Beinschwäche und Gleichgewichtsstörung liessen sich anhand des klinischen Befundes nicht objektivieren (insgesamt keine neurologischen Herdzeichen). Eine Störung der an der dynamischen Raumverteilung beteiligten Systeme und insbesondere eine afferente Störung liessen sich nicht herausarbeiten (act. II 21.2 S. 4).

3.1.3 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 8. September 2016 (act. II 40.38) über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wurden als Diagnosen ein Schädel-Hirn-Trauma und undislozierte Schädelkalottenfraktur bis ins Felsenbein, ein Subduralhämatom beidseits, intrazerebrales Hämatom links okzipital mit begleitender Subarachnoidalblutung, zwei Rissquetschwunden okzipital rechts, eine Luxation Endglied Dig. I Hand links, ein minimaler Pneumothorax apikal rechts, Lungenkontusion beidseits, undislozierte Rippenfrakturen (S. 1) und eine Fraktur Processi transversi 1-8 aufgeführt. Die beobachtete Belastbarkeit entspreche einer mittelschweren Tätigkeit (Hantieren von Lasten bis max. 25 kg). Hinsichtlich Zumutbarkeit sollte aus somatischer Sicht aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen von einer tieferen Belastbarkeit, leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis max. 15 kg) ausgegangen werden. Eine entsprechende Tätigkeit könne ganztags mit eventuell vermehrten Pausen ausgeübt werden. Die beobachtete Belastbarkeit liege unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit (S. 2).

3.1.4 Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, erläuterte im Bericht der Suva vom 19. Dezember 2016 (act. II 40.24), bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit könne auf die Befunde des Spitals D. _____ vom November/Dezember 2015 abgestellt werden. Der vom Versicherten geklagte Schwindel stelle eine erhebliche Minderung der Leistungsfähigkeit und Einschränkung seiner beruflichen Vermittlungsmöglichkeiten dar. Die Fortführung der vor dem Unfall ausgeführten Arbeiten sei voraussichtlich nicht wieder möglich. Eine namhafte Besserung des unfallbedingten Ge-

sundheitszustands sei durch weitere Behandlungen nicht zu erwarten. Eine ORL-fachärztliche Beurteilung sei angeraten (S. 4). Aus den Untersuchungen ergebe sich, dass der Versicherte bei 100 %-iger Präsenz in angepasster Tätigkeit ein Rendement von 80 % erbringen könne. Zumutbar seien einfache, manuelle Tätigkeiten ohne Prozessverantwortung. Solange subjektiv Schwindel bestehe, sollten zunächst keine Tätigkeiten mit Absturzgefahr oder auf ungesicherten Leitern, Gerüsten oder Podesten verrichtet werden. Im Übrigen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (entsprechend Hantieren von Lasten selten bis maximal 15 kg, Heben horizontal über 15 kg, heben Taille bis Boden über 15 kg, Stossen und Ziehen über 15 kg, Tragen einhändig 15 kg) zumutbar (S. 5).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 31. Januar 2017 (act. II 47 S. 3 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schädel-Hirn-Trauma mit Subduralhämatom beidseits, intrazerebralem Hämatom links okzipital und begleitender Subarachnoidalblutung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine reaktive depressive Verstimmung. In einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte in der Lage, leichte und mittelschwere Tätigkeiten im Sitzen, Gehen und Stehen auszuüben. Die Tätigkeiten könnten im Freien und in geschlossenen Räumen durchgeführt werden. Schwere körperliche Tätigkeiten mit häufigem Heben und Tragen von schweren Lasten seien nicht mehr möglich. Arbeiten mit Absturzgefahr seien wegen der Schwindelproblematik ebenfalls nicht möglich. Die Gebrauchsfähigkeit der Hände sei uneingeschränkt und die Wegefähigkeit sei gegeben. Wegen der kognitiven Störungen seien nur einfache repetitive Tätigkeiten, die keine hohe Konzentration, Aufmerksam- und Umstellfähigkeit voraussetzten möglich. Auszugehen sei von einem sehr niedrigen intellektuellen Grundniveau und zusätzlich lägen eine posttraumatische Verlangsamung sowie eine allgemein verminderte Verarbeitungsgeschwindigkeit vor. Die erwähnte Tätigkeit könne 8 Stunden täglich an 5 Tagen pro Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % ausgeübt werden (S. 6). In der bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte nicht mehr einsatzfähig. Das Zumutbarkeitsprofil gelte seit der letzten Suva-Untersuchung vom 19. Dezember 2016 (S. 7).

Am 1. März 2017 hielt die RAD-Ärztin fest, für den Zeitraum Oktober und November 2016 gelte ebenfalls das erstellte Zumutbarkeitsprofil. Aus den Unterlagen ergäben sich keine Hinweise, dass in diesem Zeitraum ein veränderter Gesundheitszustand und damit eine andere Leistungsfähigkeit vorgelegen hätten (act. II 48).

3.1.6 Im Bericht der Suva vom 15. Februar 2017 über die otoneurologische und audiologische Untersuchung (act. II 49.4) führte Dr. med. G._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie und Arbeitsmedizin, als Diagnosen ein stumpfes Schädel-Hirn-Trauma mit Schädelkalottenfraktur ins Felsenbein ziehend, ein Subduralhämatom beidseits, ein intrazerebrales Hämatom links okzipital mit begleitender subarachnoidaler Blutung, eine Einblutung in den Sinus sphenoidalis rechts, zwei Rissquetschwunden okzipital rechts, ein stumpfes Thoraxtrauma mit Pneumothorax und Lungenkontusion beidseits sowie undislozierte Rippenfrakturen auf (S. 1). Bei der vorliegenden otoneurologischen und audiologischen Untersuchung imponiere beim Seiltänzerengang mit offenen Augen eine Verdeutlichungs-tendenz (S. 4) und Symptomausweitung. In Bezug auf vestibuläre Schwindelbeschwerden könne ein organstrukturelles Defizit der Gleichgewichtsorgane ausgeschlossen werden. Es ergäben sich in sämtlichen ordnungsgemäss absolvierten Prüfungen keine Hinweise für eine peripher-vestibuläre und/oder zentral-vestibuläre Pathologie oder Residuen einer Labyrinth-Kontusion (stumpfes Innenohrtrauma). Ein organisches Korrelat finde sich für die angegebenen Schwindelbeschwerden im Fachgebiet insgesamt nicht; ein organstrukturelles Defizit der Gleichgewichtsorgane könne zuverlässig ausgeschlossen werden. Solange subjektiv Schwindel bestehe, sollten Arbeiten mit Absturzgefahr unterbleiben. Aus ORL-fachärztlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 5).

3.1.7 Der Suva-Arzt Dr. med. E._____, führte in der Beurteilung des Integritätsschadens vom 29. März 2017 (act. II 51.6) aus, dieser werde auf neurologischem Fachgebiet auf 20 % geschätzt. Die testpsychologisch nachgewiesenen leichten Einschränkungen in Teilbereichen der Exekutivfunktionen und der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit seien überwiegend wahrscheinlich Folge der beim Unfall erlittenen Hirnschädigung. Die Ermüdbarkeit sei zumindest teilkausal auf den Unfall zurückzuführen.

Die Funktionsstörungen seien dauerhaft und erheblich und mit einer massgebenden Besserung sei nicht zu rechnen (S. 1). Die neuropsychologischen Funktionseinschränkungen könnten zusammenfassend als leicht bezeichnet werden (S. 2).

3.1.8 In der Stellungnahme des RAD vom 28. April 2017 (act. II 56 S. 2 f.) hielt Dr. med. F. _____ fest, im Rahmen der HNO-ärztlichen Abklärung habe ein organstrukturelles Defizit ausgeschlossen werden können. Der Verdacht auf eine Symptomausweitung sei gestellt worden (S. 2). Bezüglich der Leistungsfähigkeit sei eingeschätzt worden, dass Arbeiten mit Absturzgefahr nicht möglich seien. Dies sei bei der Erstellung des Leistungsprofils bereits beachtet worden. Ansonsten sei die Arbeitsfähigkeit aus fachärztlicher Sicht als nicht eingeschränkt beschrieben worden. In den gesamten medizinischen Unterlagen fänden sich keine Hinweise auf „Sturzattacken“. Den Unterlagen sei mehrfach zu entnehmen, dass die Stimmung schlecht und der Antrieb als vermindert beschrieben worden sei. Diese Reaktion sei nachvollziehbar, begründe aber keinen IV-relevanten Gesundheitsschaden. Bisher habe auch kein Behandler eine psychiatrische Behandlung als notwendig erachtet. Hinweise, dass die Kriterien einer mittelgradigen oder gar schweren Depression vorlägen, bestünden keine. Die unstrittig bestehenden gesundheitlichen Störungen auf neurologischem Fachgebiet seien bereits berücksichtigt worden und entsprächen auch der Einschätzung der Suva (Beurteilung Integritätsschaden). Neue ärztliche Unterlagen und Befunde seien vom Versicherten nicht vorgelegt worden. Die neu vorliegenden Unterlagen der Suva bestätigten die bestehenden Leistungseinbussen, ohne neue Aspekte offen zu legen. Es ergäbe sich daher auch keine Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung. Der bestehende Gesundheitsschaden sei vollständig erfasst (S. 3).

In der Stellungnahme vom 18. Januar 2018 (act. II 70 S. 2) führte Dr. med. F. _____ aus, es seien im Anhörungsverfahren wiederum keine neuen ärztlichen Befunde vorgelegt worden. Die im Rahmen der EFL gemachten Angaben deckten sich sowohl bezüglich der qualitativen als auch der quantitativen Leistungsfähigkeit vollständig mit den gemachten Angaben im erstellten Zumutbarkeitsprofil vom 31. Januar 2017. Bezüglich der vom Rechtsvertreter vermuteten psychischen Erkrankung ergäbe sich weiterhin

kein begründeter Verdacht. Aus medizinischer Sicht ergäben sich keinerlei neue Aspekte (S. 2).

Am 21. Februar 2018 ergänzte die RAD-Ärztin hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils, dass der Versicherte die angegebenen Tätigkeiten mit einem zeitlichen Pensum von 100 % (41.7 Stunden pro Woche) ausüben könne (act. II 71).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ vom 31. Januar 2017 (act. II 47 S. 3 ff.; inkl. Ergänzung vom 1. März 2017; act. II 48),

28. April 2017 (act. II 56 S. 2 f.) und 18. Januar 2018 (act. II 70 S. 2; inkl. Ergänzung vom 21. Februar 2018; act. II 71), die als Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 17. April 2018 (act. II 72) dienten, erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Sie sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, wurden unter Berücksichtigung der Vorakten – namentlich der medizinischen Akten der Suva – abgefasst, leuchten in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und sind für die Beurteilung der medizinischen Situation nachvollziehbar und schlüssig. Demnach sind dem Beschwerdeführer einfache repetitive, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Sitzen, Gehen und Stehen ohne Absturzgefahr vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 20 % wegen den kognitiven Störungen zumutbar. Körperlich schwere Arbeiten oder Tätigkeiten mit häufigem Heben und Tragen von schweren Lasten können nicht (mehr) verrichtet werden (act. II 47 S. 6, act. II 71). Dass Dr. med. F. _____ auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichtete (Beschwerde S. 3), ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.1 Nach dem Unfall erfolgte im April 2015 ein rund vierwöchiger Aufenthalt in der Rehaklinik C. _____. Die Behandler diagnostizierten im Bericht vom 29. April 2015 ausdrücklich keine psychische Störung und attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im bisherigen Beruf als ..., wobei der gestaffelte Wiedereinstieg empfohlen wurde bei zunächst nur mittelschwerem Niveau; für angepasste Arbeiten auf diesem Niveau wurde der Beschwerdeführer für ganztags arbeitsfähig erklärt. Bloss diagnostisch wurde auf kognitive Einschränkungen bei tiefem Bildungsniveau hingewiesen (act. II 9.2 S. 11 f.). Das Neurozentrum des Spitals D. _____ stellte am 4. November 2015 einen IQ 78 fest und diagnostizierte bei – soweit ersichtlich – bloss klinischer Untersuchung leichte Hirnfunktionsstörungen, eine reaktive depressive Episode bei psychosozialer Belastung sowie einen multifaktoriell bedingten Kopfschmerz. Basierend auf dem klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund wurden keine arbeitsrelevanten Defizite festgestellt; dagegen wurde gemäss der neuropsy-

chologischen Beurteilung eine 20 %-ige Leistungsminderung postuliert (act. II 21.2 S. 4 f.). Am 12. Februar 2016 hielt das Neurozentrum bei Fragen nach Traumafolgen unter Einbezug des CT-Schädels vom 26. November 2014 einen Status „contre-coup“ temporookzipital links mit chronisch posttraumatischer Defektzone temporoparietal links fest; rechtsseitig wurde kein posttraumatisches Residuum festgestellt (act. II 27.14 S. 1). Die EFL im Inselspital vom 31. August und 1. September 2016 ergab in somatischer Hinsicht ein Zumutbarkeitsprofil (leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags mit eventuell vermehrten Pausen wegen Schwindelgefühl und Konzentrationsschwierigkeiten; act. II 40.38 S. 2), auf das sich auch die Suva im Dezember 2016 offenbar nach Rücksprache mit ihrem ärztlichen Berater bezog (act. II 29-32), das im Wesentlichen weiterhin demjenigen der Rehaklinik C._____ im Austrittsbericht vom 26. April 2015 entspricht (vgl. act. II 9.2 S. 12). Der Neurologe der Suva Dr. med. E._____ schloss sich am 19. Dezember 2016 grundsätzlich diesem Zumutbarkeitsprofil an. Die von ihm empfohlene Schwindelabklärung, welche alsdann von Dr. med. G._____ durchgeführte wurde, ergab aus ORL-Sicht weder ein organisches Korrelat noch eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, aber ein gewisses verdeutlichendes Verhalten des Beschwerdeführers (act. II 49.4 S. 4 f.). Unter diesen Umständen überzeugt, wenn die RAD-Ärztin das Zumutbarkeitsprofil, wie es von der Suva basierend auf den umfassend abgeklärten medizinischen Grundlagen sowie unter Einbezug der EFL des Spitals D._____ und der ORL-Abklärungen erstellt worden war, und die neurologisch begründete Einschränkung von 20 % in angepasster Arbeit als massgeblich erachtete.

3.3.2 Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers mit Verweis auf den Bericht der Hausärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 8. Mai 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 3) nichts zu ändern.

Hinsichtlich der neurologischen Situation ist festzuhalten, dass Dr. med. E._____ im Bericht der Suva vom 19. Dezember 2016 ausdrücklich festhielt, auf die Befunde des Neurozentrums des Spitals D._____ vom November/Dezember 2015 könne abgestellt werden (act. II 40.24 S. 4). Wie zuvor erwähnt, ergab die otoneurologische und audiologische Unter-

suchung vom 2. Februar 2017 kein organisches Korrelat für den subjektiv erlebten Schwindel. Die Beschwerdegegnerin weist damit zutreffend darauf hin, dass sich keine Hinweise ergeben hatten, welche weitere Abklärungen erforderlich erscheinen liessen. Auch Dr. med. H. _____ nennt in ihrer Einschätzung vom 19. Januar 2018 (AB 85 S. 21 f.) keine (neuen) Aspekte, die in der neurologischen bzw. otoneurologischen Untersuchung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dasselbe trifft in orthopädischer Hinsicht zu. In diesem Zusammen ist anzumerken, dass der Suva-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 20. Juli 2016 keinen Anlass für eine kreisärztliche Untersuchung durch einen Orthopäden als notwendig erachtete, da am Haltungs- und Bewegungsapparat keine Hindernisse zur Aufnahme einer körperlichen Arbeit beständen (act. II 40.56). Überdies beurteilt auch die Hausärztin die orthopädischen Beschwerden als sekundär, initial seien keine relevanten orthopädischen Läsionen beschrieben worden (BB 3 S. 1 unten).

Was die psychische Situation anbelangt, sind keine entsprechenden Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt. Der ehemalige Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 23. Februar 2016, der Beschwerdeführer wirke nicht depressiv und psychotherapiebedürftig (act. II 27.12). Die anderen involvierten Ärzte sahen (bisher) ebenfalls keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Behandlung. Nach der Aktenlage befindet sich der Beschwerdeführer denn auch nicht in entsprechender Behandlung und eine solche wird ebensowenig geltend gemacht. Soweit überhaupt ansatzweise psychische Beschwerden bestehen sollten, wären diese überwiegend wahrscheinlich psychosozialer bzw. reaktiver Natur, was invalidenversicherungsrechtlich irrelevant ist, weil mit dem Wegfall des belastenden Faktors oder Ereignisses auch die Beschwerden wieder verschwinden.

3.4 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2)

verzichtet werden. Damit ist ausgehend vom erwähnten Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 hiervor) nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2

S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Aufgrund der im September 2015 erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug (act. II 5) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) auf März 2016 festzusetzen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4 f.) hatte das erstellte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 hiervor) zu diesem Zeitpunkt bereits Bestand, auch wenn dieses erst danach mit den diversen Untersuchungen bestätigt wurde. Zwar führte die RAD-Ärztin aus, das Zumutbarkeitsprofil gelte seit der letzten Suva-Untersuchung vom 19. Dezember 2016 (act. II 47 S. 7) bzw. für den Zeitraum Oktober und November 2016 (act. II 48). Das Zumutbarkeitsprofil basiert jedoch im Wesentlichen auf der Abklärung im Neurozentrum des Spitals D. _____ vom 4. November 2015 (act. II 21.2 S. 2-5) und aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass seit dieser Abklärung massgebliche Veränderungen eingetreten wären. Der Neurologe der Suva hat denn auch

am 19. Dezember 2016 keine neuen Befunde erhoben, sondern bestätigte vielmehr die Befunde des Neurozentrums (act. II 42.24 S. 4). Die vom damaligen Hausarzt attestierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeiten (vgl. act. II 40.63) sind demnach unbegründet.

4.5 Das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 17. April 2018 auf Fr. 64'588.-- festgelegt (act. II 72 S. 1 f.). Dazu stützte sie sich auf das Einkommen im Jahr 2014 gemäss dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) von Fr. 64'040.-- (Beschäftigungsgrad 100 %; act. II 9.5 S. 1) und nahm eine Indexierung auf das Jahr 2016 vor. Dies ist nicht zu beanstanden, zumal dies mit den Angaben der letzten Arbeitgeberin im Lohnblatt des Jahres 2014 korreliert („AHV-Lohn“ Fr. 64'040.80; act. II 13.2 S. 1) und der im Einwand vom 24. April 2017 (act. II 52.2 S. 2) noch bestrittene Validenlohn durch die Arbeitgeberin ausdrücklich bestätigt worden ist (act. II 51. 5). Da der Beschwerdeführer von Juni 2002 bis zum Unfallzeitpunkt bzw. zur Kündigung bei der K. _____ AG als ... gearbeitet hat (act. II 12 S. 2, act. II 51.5), ist ebenfalls überwiegend wahrscheinlich, dass er im hypothetischen Gesundheitsfall weiterhin diese Tätigkeit ausüben würde.

4.6 Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf Fr. 50'936.-- festgelegt. Dieses ermittelte sie – zu Recht, da der Beschwerdeführer keine Tätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat – auf der Basis der LSE 2014, Tabelle TA1, Total Kompetenzniveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer von Fr. 5'312.--, aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2016, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit und unter Berücksichtigung der Leistungsminderung von 20 %. Infolge der unbestrittenen (aber von ihrer Ursache her letztlich unklaren) Verlangsamung gewährte die Beschwerdegegnerin zusätzlich ein behinderungsbedingter Abzug von 5 % vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.3 hiervor). Dieses Vorgehen der Verwaltung lässt sich nicht beanstanden.

4.7 Der Einkommensvergleich ergibt, bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'588.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'936.--, eine Erwerbseinbusse von Fr. 13'652.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 21 % (Fr. 13'652.-- / Fr. 64'588.-- x 100 = 21.14 %; zur Rundung:

vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor). Die angefochtene Verfügung vom 17. April 2018 (act. II 72) ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Der Beschwerdeführer hat nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.